

SOLICITUD PARA REEXAMINACIÓN DE CONDUCTOR

INSTRUCCIONES:

1. Complete este formulario si desea que el Departamento de Vehículos Motorizados (DMV) vuelva a evaluar la capacidad de un conductor para manejar con seguridad.
2. Firme esta solicitud en la casilla pertinente. Los reportes hechos anónimamente no se tomarán en cuenta a menos que usted sea un miembro inmediato de la familia. Usted puede pedir que su nombre no le sea revelado a la persona que está siendo reportada. Hasta donde sea posible, se otorgará carácter confidencial.
3. Presente su solicitud completada en cualquier oficina del DMV o envíela por correo a: DMV, Oficina de Seguridad Vial (vea las direcciones a continuación para la ubicación de su oficina local.)

NOMBRE DE LA PERSONA QUE ESTÁ SIENDO REPORTADA (PRIMER NOMBRE, INICIAL, APELLIDO)		FECHA DE NACIMIENTO O EDAD APROXIMADA	NÚMERO DE TELÉFONO ()
NÚMERO DE LICENCIA DE MANEJAR		NÚMERO DE PLACAS DEL VEHÍCULO, SI ESTÁ DISPONIBLE	
DIRECCIÓN RESIDENCIAL	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

CONDICIÓN DEL CONDUCTOR—Marque todas las casillas apropiadas a continuación. Por favor use el espacio a continuación para brindar detalles específicos, si se saben, acerca de la condición médica (física o mental) del conductor, tales como el nombre de la enfermedad o dolencia, cualquier medicamento que tome, etc.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Condición médica | <input type="checkbox"/> Confudido/desorientado |
| <input type="checkbox"/> Condición física | <input type="checkbox"/> Alcoholismo/uso de drogas (describa a continuación) |
| <input type="checkbox"/> Condición mental/emocional | <input type="checkbox"/> Desmayos, convulsiones, mareos |
| <input type="checkbox"/> Condición de la vista | <input type="checkbox"/> Requiere ayuda con las actividades cotidianas (ej. cocinar, vestirse, bañarse, reconciliar la cuenta de cheques) |
| <input type="checkbox"/> Debilidad o problemas de coordinación | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para caminar | |

COMPORTAMIENTO DEL CONDUCTOR—Marque las casillas apropiadas para los problemas de manejo que usted ha observado: (si lo necesita, use el espacio a continuación para comentarios adicionales).

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No ve o reacciona a otros carros, peatones, etc. | <input type="checkbox"/> Da vuelta frente al tráfico en dirección contraria |
| <input type="checkbox"/> Maneja en el carril equivocado | <input type="checkbox"/> Deja que el carro entre y salga fuera del carril |
| <input type="checkbox"/> Maneja en el lado equivocado del camino | <input type="checkbox"/> Retrocede o cambia carriles sin mirar atrás o revisar los espejos |
| <input type="checkbox"/> Actúa en forma violenta o agresiva al manejar | <input type="checkbox"/> Presiona los frenos y acelerador al mismo tiempo |
| <input type="checkbox"/> Maneja muy lento o para sin razón | <input type="checkbox"/> Tiene reacciones lentas que pueden ser causadas por medicamentos o drogas |
| <input type="checkbox"/> Tiene problemas para maniobrar el volante, frenar o para controlar el carro | <input type="checkbox"/> Maneja en la acera (banqueta) |
| <input type="checkbox"/> Se confunde con el tráfico | <input type="checkbox"/> Comete errores al manejar mientras habla con los pasajeros |
| <input type="checkbox"/> Se pierde o se confunde al manejar cerca de su casa | <input type="checkbox"/> Se duerme mientras maneja |
| <input type="checkbox"/> No reacciona a los señalamientos de tránsito, otros carros, peatones, etc. | <input type="checkbox"/> Otras acciones (describa a continuación) |
| <input type="checkbox"/> Da vueltas desde el carril incorrecto | |

Usted puede usar el espacio a continuación para describir más detalladamente la(s) condición(es) del conductor o la(s) acción(es) que lo llevan a creer que este conductor debe ser nuevamente evaluado por el DMV.

SU RELACIÓN CON EL CONDUCTOR:

- Familiar/Pariente (Por favor especifique el parentesco exacto): _____
- Amigo(a) Persona que brinda servicio de cuidado Especialista de la vista Otro: _____

Marque aquí si desea que su nombre se mantenga confidencial. Se otorgará confidencialidad hasta donde sea posible.

NOMBRE (Por favor use letra de molde)	NÚMERO DE TELÉFONO DURANTE EL DÍA ()
SU DIRECCIÓN POSTAL (ciudad, estado, código postal)	

FIRMA X	FECHA
-------------------	-------

USTED PUEDE ENVIAR POR CORREO O PRESENTAR ESTE FORMULARIO COMPLETADO A SU OFICINA LOCAL DE SEGURIDAD VIAL A UNO DE ESTOS LUGARES:

City of Commerce, 5801 E. Slauson Ave., Ste. 250,
 City of Commerce, 90040-3050

El Segundo, 390 N. Sepulveda Blvd. Ste. 2075, El Segundo, 90245-4470

Fresno, 2510 S. East Ave., Ste. 310, Fresno, 93706-5112

Irvine, 16735 Von Karman Ave., Ste. 110, Irvine, 92606-4953

Oakland, 7677 Oakport St., Ste. 220, Oakland, 94621-1906

Oxnard, 4050 S. Saviers Rd., Oxnard, 93033-6444

Redding, 2650 Churn Creek Rd., Ste. 200, Redding, 96002-1169

Sacramento, 4700 Broadway, 2nd Flr., Sacramento, 95820-1501

San Bernardino, 1845 Business Center Dr., Ste 212,
 San Bernardino, 92408-3447

San Diego, 9174 Sky Park Court, Ste. 200, San Diego, 92123-2666

San Francisco, 1377 Fell St., 2nd Floor, San Francisco, 94117-2296

San José, 90 Great Oaks Blvd., Ste. 104, San Jose, 95119

Van Nuys, 6150 Van Nuys Blvd., Ste. 205, Van Nuys, 91401-3333